Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22296426

NOTE

SUR

UN CAS DE CYSTICERQUE DU SEIN[1],

PAR LE Dr FR. GUERMONPREZ,

Membre correspondant de la Société des Sciences médicales de Lyon.

Parmi les tumeurs du sein, tous les auteurs signalent les Kystes. De ceux-ci, M. Eustache (*Manuel pratique des maladies des femmes*. Paris 1881, p. 160) distingue diverses variétés : kystes par exsudation, par extravasation, par ramollissement, glandulaires, lacunaires, hydatiques et dermoïdes. Les cysticerques ne sont même pas indiqués.

Dans sa thèse d'agrégation (des Tumeurs kystiques de la mamelle. Paris 1878,) M. L. G. Richelot avait déjà distingué des Kystes glandulaires, ceux qu'il a nommés indépendants, c'est-à-dire ceux qui se développent soit au pourtour, soit dans l'épaisseur de la glande, mais qui naissent dans la mamelle au même titre que partout ailleurs.

« L'espèce en est rare, écrit cet honorable chirurgien, et nous en connaissons peu d'exemples certains (p. 6). » C'est un motif pour ne pas laisser tomber dans l'oubli le fait que nous avons observé.

De tous les auteurs et des nombreux journaux que nous avons eus entre les mains, aucun ne signale les cysticerques du sein, ni parmi les gynécologistes, ni parmi les chirurgiens, ni parmi les helminthologistes.

En attendant qu'un chercheur plus heureux découvre un cas analogue et le tire de l'oubli, nous publions le fait isolé que nous avons observé, laissant à d'autres le soin de

(1) Adressée à la *Société des Sciences médicales de Lyon.*

combler les lacunes que les circonstances ne nous ont pas permis d'éviter.

Hermance B..., femme S..., 29 ans, est née à Forest, canton de Lannoy (Nord). Depuis qu'elle a quitté son village, elle a été successivement femme de chambre à Sailly-lez-Lannoy, puis piqurière à Roubaix, et enfin ménagère à Lille, où elle a tour à tour habité des quartiers très divers.

Elle demande à être débarrassée d'une tumeur de la partie supéro-interne du sein gauche.

Vers le commencement de juillet 1881, pour la première fois, la malade constate la présence d'une nodosité à ce niveau. Elle n'éprouve aucune douleur, il n'y a aucune sensibilité ni rougeur ni autre trouble; mais la malade s'en préoccupe et elle affirme que, contrairement à son congénère, le mamelon du sein gauche ne donne aucun suintement.

Le 5 septembre 1881, son accouchement s'accomplit, ne présente aucune particularité qui mérite d'être signalée et n'est suivi d'aucune modification importante.

Sur les instances de la malade, l'accoucheur conseille l'usage d'une pommade et d'un sirop.

Vers novembre 1881, la tuméfaction était augmentée et notablement étendue. L'usage de la pommade est remplacé par des badigeonnages de teinture d'iode jusqu'à effet vésicant. Peu à peu la tuméfaction diminue et la tumeur reste dans un état stationnaire pendant une année.

En novembre 1882, une nouvelle poussée de tuméfaction étant accompagnée de douleurs et de chaleur de la région, M. le Dr Castelain conseille l'iodure de potassium à l'intérieur, une application de pommade iodée iodurée et une couche d'ouate sur le sein malade.

Une nouvelle amélioration est obtenue et suivie d'un nouvel état stationnaire.

Enfin le 17 mars 1883, sans aucune cause appréciable, débute encore une poussée inflammatoire.

La région indurée, rouge et chaude devient bientôt large de dix centimètres dans tous les sens. Les douleurs, qui en partent se prolongent, vers le cou, le bras et dans tout le thorax : elles apportent une gêne importante pour tout travail.

Le 25 mars, la malade vient demander que le bistouri la débarrasse définitivement.

La configuration de la région est étrange. Le tissu incriminé s'étend non seulement dans une partie de la glande, mais aussi au dessus et en dedans de la masse de celle-ci. Ce tissu est irrégulièrement mamelonné et rouge, dur et quelque peu adhérent aux parties profondes dans toute la périphérie, et plus particulièrement vers la partie supérieure. Cette zône périphérique enflammée circonscrit une partie centrale souple, molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, mais un peu chaude et sensible à la pression.

Il n'y a d'ailleurs aucune adénite importante, aucun prétexte pour mettre en cause la diathèse syphilitique, pas d'amaigrissement important.

Aucun diagnostic ne fut précisé. La présence du pus ne paraissant pas douteuse, les douleurs ayant été assez intenses pour troubler le sommeil pendant la dernière nuit, l'indication était suffisante pour céder aux instances de la malade.

Une ponction fut faite à l'aide du bistouri dans la partie centrale et donna immédiatement issue à trois éléments très divers : d'abord une sérosité louche assez copieuse, puis un kyste dont on trouvera la description plus bas, et enfin une quantité relativement considérable de pus primitivement phlegmoneux et ensuite floconneux et toujours sans odeur.

Le soulagement immédiat fut très manifeste ; les mouvements du bras et ceux du cou, gênés jusque là, redevinrent entièrement libres. Les noyaux indurés formant la zône périphérique furent très peu modifiés. La partie centrale complétement libre, permit d'apprécier, sous la peau, les divers éléments de la parois thoracique. Enfin, il fut alors possible de reconnaître une induration localisée dans le tissu même de la glande et dont le volume ne dépassait guère celui d'une orange mandarine (Lotions d'eau salée, cataplasmes chauds de farine de graine de lin).

Le 26 mars, pendant l'exploration, une pression très médiocre provoque d'abord l'issue d'un pus floconneux comme celui de la veille, puis, s'exerçant sur les parties inférieures de la région, cette pression provoque l'évacuation d'une matière crêmeuse, d'un blanc très net, presque crayeux, d'une consistance soit demi liquide, soit bien crêmeuse avec un peu d'odeur de fromage aigre. La quantité totale de cette matière peut être évaluée approximativement à celle d'un œuf de pigeon. Ce Kyste butyreux (A. C. Robert) ou laiteux peut être con-

sidéré comme une conséquence éloignée du cysticerque. Elle aurait dans ce cas, commencé à se développer peu de temps après l'accouchement.

Le 27 la zone indurée a notablement diminué de largeur.

Le 28, après un jour de jeûne, un tænifuge est administré à la malade et n'est suivi d'aucun résultat. Il n'a pas été possible d'obtenir l'examen des gardes-robes au microscope, ni avant ni après le tænifuge.

Le 29, l'étendue de la zone indurée a diminué de moitié dans tous les sens.

Le 30, l'induration est un peu plus marquée et plus large vers les parties supérieures et vers les parties inférieures. Les adhérences aux parties profondes sont plus importantes.

Le noyau inférieur, siège très probable du kyste butyreux est devenu plus volumineux, plus chaud, plus intimement adhérent à la peau. Aucune pression n'ayant été exercée pendant les trois jours précédents, il suffit d'introduire la sonde cannelée pour donner issue d'abord à un liquide séreux jaune roussâtre, foncé, puis à du pus et enfin à quelques grumeaux.

Il existe en même temps un peu de fièvre, d'anorexie, de soif, et une névralgie faciale du côté gauche.

Le 31, l'état local est à peu près le même. La fièvre et les douleurs sont plus intenses (salicylate de soude).

Le 1er avril, l'introduction de la sonde cannelée donne issue à un liquide séreux et à du pus floconneux tous deux sortant à la fois en notable quantité et sans se mélanger. Cette évacuation est immédiatement suivie d'un soulagement notable, avec disparition de la gêne du bras et du cou.

Le 2 la suppuration est encore très copieuse et son écoulement est facile ; elle diminue peu à peu pendant les jours suivants.

Le 6, l'étendue de l'induration restant la même et l'écoulement étant difficile, la malade n'étant pas disposée à accepter d'autre moyen, il est fait, par l'orifice de la ponction, une injection de teinture d'iode additionnée de 3 à 4 volumes d'eau, et l'injection est pratiquée de façon que l'iode précipité puisse bien pénétrer.

L'inflammation qui en résulte est de médiocre intensité.

Le 12, deux points étant fluctuants, deux ponctions sont pratiquées,

l'une en dedans et au-dessus de la première, l'autre au-dessous et en dehors.

Pendant les jours suivants, la résolution suit une marche régulière.

Vers la fin du mois, toutes les plaies sont cicatrisées, la peau cesse d'adhérer aux parties sous jacentes et tous les tissus reprennent leur consistance normale

Description du cysticerque. — Le Kyste évacué le 25 mars est pourvu d'une seule paroi tellement mince que la poche s'étale pour ainsi dire dans le creux de la main, sur une table, comme le ferait une vessie bien mouillée et incomplétement remplie de liquide. Ainsi étalé, le Kyste forme une sorte de disque, dont le diamètre est de 4 centimètres. Son volume a été apprécié par un artifice qui rappelle la méthode des doubles pesées. Le Kyste placé dans un verre à expérience remplit le vase jusqu'à une hauteur, dont il est tenu note. Le Kyste est alors retiré du verre et de l'eau est versée jusqu'à la hauteur marquée au moyen d'une burette graduée : Le volume est ainsi trouvé de six centimètres cubes.

La couleur de la poche et celle du liquide est d'un jaune verdâtre.

La surface du Kyste, généralement opalescente, porte en un de ses points une seule tache d'un blanc laiteux, avec des bords diffus qui se confondent peu à peu avec le reste de la masse.

Cette partie examinée à la loupe permet de reconnaître un organe vermiforme dont les diverses parties sont plus ou moins engaînées les unes dans les autres. Le déplissement et l'étalement en sont obtenus soit à l'aide de pressions méthodiques, soit au moyen des aiguilles à dissection.

Examiné au microscope, il est facile d'y connaître tous les caractères du *scolex* des tæniadés de la sous-famille des cystoïdes. Cette tête, sphéroïdale, est presque rendue tétragone par la saillie des quatre suçoirs musculeux, (oscules, ventouses, etc) de forme parfaitement circulaire. Au sommet,

entre les quatres suçoirs se trouve une sorte de prosbocide peu saillante et, à la base de cette proboscide une série de crochets disposés radialement en couronne. Malheureusement, les manipulations, que nous avons fait subir à la pièce, ont trop altéré celle-ci pour qu'il soit encore possible de distinguer si les crochets sont disposés sur un deux ou trois rangs, et encore moins pour qu'il soit possible d'en faire le dénombrement. Dans le cou, se voient des éléments sphéroïdaux de volume variable, distribués sans régularité apparente.

S'il était possible d'en juger, non par des éléments anatomiques précis, mais bien par une appréciation approximative, nous dirions que la configuration de ce scolex est autant celle du *cysticercus pisiformis* si commun à Lille dans les lapins, que celle du *C. Cellulosœ*, nous pourrions ajouter que le volume de ce même scolex nous a paru beaucoup mieux rappeler le volume de la tête du cysticerque du porc et qu'il est plus gros que le scolex du pisiforme. Mais ce sont des éléments insuffisants pour faire même approximativement une détermination.

Il ne parait pas d'ailleurs qu'on ait décrit le *cysticercus cellulosœ* avec le volume de 6 centimètres cubes, ni aucun autre cysticerque de l'homme.

Le seul fait que nous retenons comme acquis, c'est celui de l'existence du cysticerque.

Si une nouvelle observation se présentait, il serait indiqué de confier la pièce, encore fraîche, à un naturaliste qui aurait pour mission de placer l'animal dans les conditions nécessaires pour lui faire subir la dernière métamorphose et de le faire passer de son âge larvaire de cysticerque à l'âge adulte et sexué de tœnia.

Réflexions. — De l'observation ci-dessus résulte le seul fait de l'existence du cysticerque à la périphérie du sein de notre malade.

On peut se demander d'abord si le diagnostic « Kyste » pouvait être fait.

Il est certain qu'à l'époque où nous l'avons examinée pour la première fois, l'idée d'une collection liquide s'imposait à l'observateur.

Pendant les périodes de poussée inflammatoire périphérique, la présence du pus ajoutait son importance, elle pouvait même masquer l'existence du kyste préexistant.

En dehors de ces poussées, il est probable que le procédé de Robert aurait permis de constater la fluctuation, bien que la tumeur mobile fut située sur un plan plus ou moins résistant. Il saisit la tumeur par l'un de ses diamètres entre le pouce et le médius de la main gauche, puis pressant sur les deux extrémités de ce diamètre, afin de rendre la tumeur plus saillante, il applique la pulpe de l'index de la main droite sur la partie culminante. Grâce à ce moyen, il devient assez facile de percevoir la fluctuation (A. C. Robert, *Conf. de clinique chirurgicale*. Paris 1860, p. 367-368).

Nous disons que le diagnostic aurait été probablement et non certainement fait en dehors des poussées inflammatoires, parce que des erreurs ont été commises par des chirurgiens d'un mérite incontesté, Sanson, Marjolin, Cruveilhier père, Cusak, Robert lui-même. (Cf. Robert, p. 371-372-373), Dupuytren (cliniq. chir., 2e édition, Paris 1839 II. 183) et bien d'autres. Il importe donc de ne pas perdre de vue les difficultés inhérentes à ce point de diagnostic. « On n'est, pour ainsi « dire jamais sûr, écrit M. Richelot, jamais sûr d'avoir affaire « à un kyste simple. » (P. 81.)

On peut se demander encore si, le diagnostic « kyste » étant acquis, il aurait été possible de pousser plus loin la précision et de déterminer la nature du Kyste.

C'est le lieu de rappeler que Robert aurait soupçonné un Kyste séreux ou laiteux à cause de l'absence d'uniformité dans la consistance, à cause de la fluctuation du centre coïncidant avec une dureté assez considérable à la circonférence.

(L. c., 370). Mais ici l'induration était accompagnée de rougeur, chaleur et douleur : elle était donc de nature inflammatoire.

Une autre circonstance aurait pu mettre sur la voie de la détermination de la nature butyreuse pour une partie au moins de la masse kystique. Cette circonstance est la date relativement récente de l'accouchement de notre malade. Mais ici encore existe une lacune : l'accouchement n'a pas apporté de modification immédiate au processus morbide. La poussée inflammatoire, qui a inspiré le désir de la délivrance, a débuté à une époque beaucoup plus tardive.

Pour le docteur Haussmann le diagnostic du kyste hydatique du sein est facile, excepté en ce qui concerne le kyste simple. (Gazette des Hôpitaux, 17 avril 1875). S'il en est ainsi, combien plus difficile encore en est la distinction entre l'hydatide simple et le cysticerque ?

Le fait suivant, postérieur à la monographie d'Hausmann, diminue encore la précision du diagnostic, déjà si restreinte dans l'appréciation de l'auteur Allemand.

Tumeur échinocoque du sein. — Une jeune fille de vingt ans, portait depuis trois ans, dans l'épaisseur du sein droit, une nodosité dure, indolore et du volume d'une châtaigne, lorsque tout à coup celle-ci commença à s'accroître. En même temps, il se développait au pourtour de la tumeur des douleurs qui s'irradiaient jusque dans l'épaule droite et le bras du même côté. C'est ainsi qu'au moment où la malade entrait à l'hôpital, la tumeur avait acquis le volume d'une pomme. Elle était située dans la partie supérieure et interne du sein droit à 4 ou 5 centimètres du mamelon. Cette jeune fille fut opérée, et l'on reconnut que la tumeur extirpée, était un Kyste échinocoque qui ne contenait pas moins de cinquante vésicules.

Après l'opération, on trouva encore une autre tumeur semblable, du volume de deux noisettes, située dans le tissu cellulaire sous-cutané, à gauche sur la ligne axillaire. Elle atteignit rapidement le volume d'un œuf de pigeon, pour s'arrêter à ces dimensions. Il s'agissait là très probablement d'un Kyste arrêté dans son développement et ratatiné.

Cette observation, due à M. le docteur E. Fischer, est rapportée par lui dans un travail où sont relevés les 17 cas de tumeur échinocoque de la glande mammaire, que l'auteur a trouvés consignés çà et là dans différentes publications (*Gaz. méd. de Paris. Cf. Gaz. des hôpitaux.* 10 *septembre* 1881 *p.* 289).

Sans insister sur les autres détails, on peut remarquer comment le diagnostic n'a pas été précisé avant l'opération, et surtout combien sont nombreux les rapprochements à faire entre les symptômes présentés par cette jeune fille et ceux que nous a montrés notre malade.

Citons encore un fait pour montrer comment un chirurgien très instruit peut être induit en erreur.

Dans une observation de M. Le Dentu, la peau est adhérente en un point limité ; en même temps on remarque dans l'aisselle un engorgement ganglionnaire, purement inflammatoire ; il n'en faut pas plus pour donner le change et faire soupçonner un cancer. Ici encore, c'est l'opération qui fait le diagnostic, en donnant issue aux vésicules kystiques *(Gazette médicale de Paris*, 1873, p. 17).

Pourquoi ne pas le rappeler ? Deux points sont à noter dans l'histoire des kystes simples, comme l'écrit M. Richelot, (p. 75) : d'une part, leur extrême rareté, d'autre part, l'impossibilité presque absolue d'affirmer *a priori* qu'ils sont essentiels et qu'une tumeur n'est pas cachée derrière eux.

Une grande précision dans le diagnostic est d'ailleurs d'un médiocre intérêt.

Une certitude aussi grande que possible de la simplicité du kyste, tel est le véritable point intéressant à élucider. C'est une approximation suffisante pour déterminer l'indication opératoire.

Au sujet du point de diagnostic, il est intéressant de revenir sur la question de fréquence du cysticerque.

On a vu plus haut comment nos recherches bibliographiques, sans avoir la prétention d'être complètes, sont demeurées sans résultats.

Faut-il en conclure l'absence de tout fait analogue? nous ne le croyons pas.

Parmi les tumeurs kystiques renfermant du liquide séreux, il doit s'en trouver plus d'un dont la description impose quelques réserves.

Dans les mamelles des vieilles femmes, on rencontre assez souvent des petits kystes, qui siègent dans la partie postérieure ou la périphérie de la glande. Ils ne donnent lieu à aucun symptôme et sont, au dire de MM. Labbé et Coyne, « de véritables trouvailles d'amphithéâtres. » M. G. Richelot propose, il est vrai, de leur donner le nom de *kystes d'involution* (p. 16). Pour le type ordinaire à contour muqueux (p. 21) cette proposition est très juste; mais il serait peut être difficile d'affirmer que jamais un cysticerque ne s'est trouvé parmi ces kystes des vieilles femmes.

On peut bien plus encore soupçonner l'existence de quelques cysticerques parmi certaines tumeurs kystiques, qui peuvent s'énucléer d'elles-mêmes et perdre leurs connexions avec la mamelle au point de simuler un ganglion (G. Richelot, p. 6).

Il est en effet très probable que des faits analogues au nôtre ont été observés.

Il paraît surtout bien difficile que les anciens aient toujours observé les kystes hydatiques « simples » avec assez de soin pour reconnaître la tache blanche au niveau du scolex du cysticerque. Il est surtout bien invraisemblable qu'ils aient pu apprécier l'importance de ce détail.

Tous les auteurs admettent d'ailleurs la rareté des kystes hydatiques du sein. C'est à ce point que M. L.-G. Richelot donnant son précepte de thérapeutique, choisit cette expression: « Si vous avez la surprise d'un kyste hydatique..... » (p. 111). L'auteur base cette appréciation sur deux monographies des parasites de la mamelle de la femme, l'une de Lauenstein (*Ueber der Vorkommen von Echinococcus in der mamma.* dissert. inaug. Gottingen, 1874), l'autre de Haussmann (*Die Parasiten der Brustdrüse*, Berlin, 1874). Ce dernier auteur ne craint pas de l'affirmer: le kyste hydatique est le

seul parasite que l'on puisse trouver dans la région mammaire de la femme. *(The Boston med. and surg. Journ.*, 14 janvier 1875 et *Gaz. des Hôpitaux*, 17 avril 1875).

Nous croyons cependant que, parmi les faits, déjà si rares, de kystes hydatiques du sein, plusieurs pourraient bien se rapporter à de véritables cysticerques, non pas de ceux de la cellulosité, dont nous avons donné la description ailleurs, *(la Ladrerie de l'Homme*, Paris, 1883), mais bien plutôt des cysticerques volumineux, hydropiques peut être, comme celui dont nous venons de présenter la description.

Nous ne reviendrons pas ici sur la question de la génèse et de l'étiologie du cysticerque de l'Homme. Notre observation n'apporte aucun élément nouveau pour élucider ce point curieux de l'histoire des parasites de l'Homme.

Qu'il nous suffise de quelques réflexions relatives au traitement.

Birkett a obtenu la guérison par la ponction pure et simple, non suivie d'injection, pour divers kystes séreux simples.

Dans les mêmes circonstances, Velpeau faisait la ponction suivie d'injection de vin chaud ou d'un liquide iodé au tiers de teinture officinale.

Ph. Boyer faisait l'extirpation des hydatides *(addendum* à l'édition de 1849, tome V, page 568).

Si vous avez la surprise d'un kyste hydatique, évacuez par une large incision ou enlevez partiellement la glande. Ce précepte écrit par M. Richelot, ne serait probablement pas appliqué par son auteur aux faits bien établis de cysticerques du sein.

A défaut d'autre observation analogue à la nôtre, cherchons à nous instruire par les faits qui en diffèrent le moins, c'est-à-dire par les cas d'hydatides simples.

Lauenstein a publié en Allemagne un exemple d'inflammation et d'ouverture spontanée du kyste hydatique du sein (Follin et Duplay, 1878, V. 613).

On conserve dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, de

Londres, une hydatide qui a été rejetée à travers une perforation déterminée par l'ulcération dans les parois d'un abcès de la mamelle.

M. le Dr Bermond (de Bordeaux) en affirmant ce fait, (*Gazette des Hôpitaux*, 9 juin 1860) ajoute : « or les éliminations spontanées renferment l'indication de la véritable thérapeutique des kystes hydatiques. » Il conseille ensuite la ponction ou l'incision mais en restreint l'indication aux hydatides solitaires de la mamelle.

Il est évident que ni le séton, ni le drain, ni la cautérisation n'a sa place ici.

La simple ponction et les injections, insuffisantes tant que l'hydatide n'a pas été enlevée, seraient inutiles après, écrit un auteur. C'est assez dire que tout le traitement se réduit à l'évacuation du parasite.

Ce qui est vrai pour les acéphalocytes ne l'est pas moins pour les cysticerques.

Rappelons toutefois, en finissant, que la ladrerie de l'Homme peut parfois se terminer par la guérison spontanée (M. Duguet) de même que celle des animaux.

La piqûre simple, la dilacération sous-cutanée, la transfixion, la ponction avec aspiration ou avec injection de liquide irritant, tels sont les principaux moyens employés pour hâter la guérison de la Ladrerie de l'Homme.

Si l'on peut en discuter pendant les périodes de calme, il n'y a plus à hésiter pendant les poussées inflammatoires : l'évacuation du foyer et du parasite est un traitement alors indiscutable.

« *Réflexions* » et « *Conclusions.* » Cette simple note, destinée à faire connaître un fait rare, tellement rare, qu'il parait être unique, a été publiée par le *Lyon médical* du 16 septembre 1883 sans aucune conclusion. Elle a été adressée ainsi à la *Société des Sciences médicales de Lyon* L'auteur n'a autorisé personne à y ajouter des conclusions de quelque nature qu'elles puissent être. Les quelques réflexions, qui suivent la relation du fait, et qui ne sont nullement des conclusions, lui ont paru suffisantes pour faire apprécier la portée de ce fait, — qui n'est guère qu'une simple curiosité. Toute conclusion eût été, à son avis, déplacée.

Lille Imp. L. Danel.